

L'assurance-maladie en France

J. MONIER, M.D., *Paris, France*

L'ASSURANCE-maladie fait partie intégrante des Assurances Sociales qui couvrent les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. Cette assurance remonte, en France, à l'année 1930 mais le régime de Sécurité Sociale actuel date des Ordonnances de 1945. La Sécurité Sociale redistribue plus du 1/5^{ème} du revenu national sous forme de prestations (Assurances Sociales, Allocations Familiales, allocations chômage).

L'étude du développement de la Sécurité Sociale dans les différents pays permet de constater que c'est la société libérale qui a produit elle-même cette institution. Face aux inégalités inévitables provoquées par l'instabilité des situations personnelles et collectives, les fonctions compensatrices de la Sécurité Sociale sont bien connues.

1. Stabilisation des revenus individuels: elle permet d'éviter qu'à un certain moment: maladie, chômage ou vieillesse, il y ait rupture de revenus.

2. Stabilisation du revenu collectif: l'assurance chômage a été la première forme d'assurance sociale développée aux Etats-Unis. Il s'agit de compenser l'instabilité économique en fournissant un revenu fondé non plus sur le travail présent mais sur le travail passé des individus.

3. L'établissement d'un minimum social, minimum vital, collectif, indépendant des sources traditionnelles de productivité.

Dans ce cadre général, l'assurance-maladie distribue des prestations en espèces: indemnités journalières en cas d'arrêts de travail pour maladie, et ce qu'on appelle de façon d'ailleurs impropre, les prestations en nature: c'est-à-dire les soins. En effet, l'assurance-maladie ne distribue pas directement des soins en France notamment, ainsi qu'il est fait dans d'autres pays. Il ne s'agit que de remboursement de frais engagés par le malade pour se soigner.

On voit immédiatement que ce remboursement va nécessiter la production d'attestations, de reçus de tous ordres, de systèmes de contrôle, etc. Ces différents moyens, plus ou moins complexes, étant indispensables pour permettre à la Sécurité Sociale de remplir sa mission en

respectant les principes fondamentaux de la médecine libérale, à savoir: le libre choix du médecin, la liberté de prescription, le secret professionnel, le paiement direct à l'acte.

L'ASSURANCE-MALADIE, SES STRUCTURES ET SON FINANCEMENT

Nous étudierons d'abord les structures de l'assurance-maladie, à savoir: son financement, sa gestion, ses prestations.

Financement

Le financement pouvait se faire sous trois formes différentes:

- purement fiscal: il implique la protection de toute la population d'un pays au moyen d'un impôt réparti en proportion des ressources;
- contributif: seuls cotisent les bénéficiaires de l'assurance, la cotisation est la contrepartie et la justification du droit aux prestations;
- mixte: combinaison des deux précédents; il est appliqué dans de nombreux pays, il l'est en France pour le régime agricole. Mais pour le régime général des salariés, du commerce et de l'industrie, c'est le système contributif qui a été adopté, et ceci essentiellement pour des raisons historiques et politico-économiques.

Dès l'origine, les ressources affectées à la protection sociale provenaient—mis à part les organisations charitables—des versements des bénéficiaires: prévoyance libre, mutualité. Les premiers systèmes de prévoyance obligatoire (fonctionnaires, chemins de fer) ont été basés sur une contribution des bénéficiaires et des employeurs. Ce système fut adopté en 1930 et repris en 1945. Nous le connaissons encore actuellement. Il s'étendra très prochainement à l'ensemble des travailleurs indépendants: commerçants, artisans, professions libérales.

Les Assurances Sociales sont financées par un prélèvement de 21% sur les salaires limités par un plafond annuel de cotisations: 15% sont à la charge des employeurs, 6% à la charge des salariés; le plafond annuel a été fixé, en 1967, à 13.680 F.

Gestion

Pour les mêmes raisons historiques et politiques qui ont fait adopter le système contributif pour le financement, la gestion des Assurances Sociales a été confiée à des Caisses de droit

Présenté au Colloque sur L'Assurance Maladie et les Effectifs Médicaux initié par L'Association Médicale Canadienne et les Plans Médicaux Trans-Canada, Montréal, Québec, du 19 au 23 juin, 1967.

*Président, Confédération des Syndicats Médicaux Français, 60 Boulevard de Latour Maubourg, Paris 7^e, France.

privé, gérées par des administrateurs élus par les assujettis salariés et employeurs. A la base, se trouvent les Caisses Primaires, en principe une par département; à l'échelon de la région, on trouve la Caisse Régionale qui ne gère effectivement que l'assurance vieillesse mais qui joue un rôle important de coordination à l'égard des Caisses Primaires, notamment en ce qui concerne le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale. Et, enfin, à l'échelon national, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale qui est un organisme de droit public, présidé par un conseiller d'Etat, son Directeur est nommé par le Gouvernement. Cet organisme est en quelque sorte le banquier des Caisses de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales. Il organise la compensation entre les diverses Caisses et assure leur solvabilité.

Prestations

L'assurance-maladie est une assurance familiale. Toute maladie affectant un membre de la cellule est couverte. Ainsi, outre l'assuré, c'est-à-dire le travailleur lui-même, sont garantis: son conjoint légitime, tous les enfants non salariés à charge de moins de 20 ans, l'ascendant, le descendant, collatéral ou allié, jusqu'au 3ème degré à la condition qu'il vive sous le toit de l'assuré et qu'il se consacre aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants qui sont à la charge de l'assuré.

Les prestations sont des prestations dites en nature, c'est-à-dire le remboursement des soins et des prestations en espèces, c'est-à-dire les indemnités journalières pour arrêts de travail à condition que l'incapacité soit médicalement reconnue et le repos prescrit par un praticien et administrativement constaté par une attestation de l'employeur.

Les prestations en nature comprennent le remboursement de tous les frais médicaux, quels qu'ils soient: médecine générale, chirurgie, médecine spécialisée, des frais dentaires ainsi que de tous les frais pharmaceutiques, examens de laboratoire, prothèses, appareillages, etc., des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de cure, ainsi que des frais de transport.

Ces prestations en nature sont remboursées en principe à 80% du tarif de responsabilité des Caisses. La participation de 20% laissée à la charge des assurés peut être réduite et souvent supprimée dans des cas prévus par la loi: maladie de longue durée, acte chirurgical d'une certaine importance, de telle sorte que, pratiquement, tout ce que l'on peut appeler le "risque lourd" est remboursé à 100%.

Les prestations en nature, c'est-à-dire les remboursements des frais pour soins, sont servies sans limitation de durée. Les prestations en espèces, c'est-à-dire indemnités pour arrêts de travail, sont limitées à 3 ans.

RAPPORTS AVEC LE CORPS MÉDICAL

Ordonnances de 1945

A l'origine, cette assurance avait été organisée pour des salariés ayant un salaire mensuel en-dessous d'une certaine limite. La réforme de 1945 a eu pour objet d'étendre l'assurance-maladie à tous les salariés, ainsi qu'à toutes les personnes travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quelle que soit la forme ou la nature des contrats, et aux retraités. Il ne s'agit pas dans notre pays d'un régime d'aide ou d'assistance, mais d'un droit à la santé qui, attaché à l'origine au travail, est devenu peu à peu celui de tout citoyen.

Une des réformes essentielles des Ordonnances de 1945 a été aussi de définir les règles applicables à la détermination des honoraires médicaux. Le principe était posé d'un remboursement à 80% des honoraires payés à l'acte. Il est apparu nécessaire de déterminer le montant maximum des honoraires que pourrait demander le praticien selon les actes effectués.

Les textes précisaient alors que ces barèmes d'honoraires seraient établis par les Syndicats médicaux et ne seraient applicables qu'après inscription dans les conventions et approbation de ces conventions par une Commission Nationale. De 1945 à 1960, il exista ainsi des départements en France où les médecins avaient accepté ce système et un très grand nombre qui restait en dehors de ce régime social.

Réforme autoritaire de 1960

Le 12 Mai, 1960, le Gouvernement prit de nouvelles mesures. Depuis cette date, les conventions départementales doivent être conformes à une convention-type et ne peuvent fixer des honoraires supérieurs aux tarifs déterminés par un arrêté interministériel. Dans les départements où les Syndicats médicaux refusent de signer une convention, les médecins peuvent devenir adhérents personnels et leurs malades sont alors remboursés sur la base du tarif conventionnel. En l'absence de cette adhésion individuelle, leurs honoraires ne sont remboursés que sur la base d'un tarif dit d'autorité dont la valeur n'atteint pas le tiers du tarif habituel.

Il est bien évident que cette réforme autoritaire fixée par le Gouvernement imposait à

la Profession une attitude nouvelle. Alors que jusqu'à présent le syndicalisme s'était contenté d'un effort de "conservation", il fallait reconquérir à l'échelon collectif les libertés économiques qui s'amenuisaient à l'échelon individuel. La possibilité pour les Caisses de Sécurité Sociale de faire appel individuellement aux médecins était et reste encore un moyen de pression sur le Corps médical. Aussi, la Confédération des Syndicats Médicaux Français n'a accepté de participer au régime conventionnel qu'à la condition qu'une sorte de table ronde se réunisse au bout de deux ans d'application de ce nouveau système afin d'en étudier les modifications les plus indispensables. Siégeaient à cette nouvelle Commission, des représentants du Gouvernement, des représentants des Organismes sociaux, des représentants de la profession médicale.

Négociations

La Confédération a proposé ce que nous avons appelé le "contrat social de la médecine". Les conventions sont départementales—il y a plus de 90 départements en France—tout comme les Caisses de Sécurité Sociale sont départementales. Mais le système voulu par le Gouvernement prouve à l'évidence que la négociation doit être nationale. Les conventions départementales ne pouvant envisager que quelques modalités d'application. Aussi, la Confédération a demandé la création d'une Commission Nationale Tripartite, identique à la table ronde chargée de cette étude. Cette Commission Nationale Tripartite a pour rôle essentiel toutes les études objectives nécessaires à la prise de conscience de toutes les parties en présence des problèmes qui se posent à l'assurance-maladie.

Cette Commission Nationale Tripartite, qui siège en permanence depuis deux ans, a notamment pour mission de définir des clauses conventionnelles complémentaires qui sont négociées par la Profession; elle a aussi évidemment pour rôle de déterminer chaque année la revalorisation éventuelle des honoraires. Cette revalorisation, au niveau de la Commission Nationale Tripartite, est déterminée en fonction d'études économiques préparées par un groupe de travail d'économistes agréés par les différentes parties en présence. Le Corps médical est attaché au paiement direct à l'acte et évidemment à la valeur de l'acte médical. Nous voulons que la détermination du barème d'honoraires soit indépendante de tout équilibre financier des Caisses. Aussi, nous demandons que les revalorisations, généralement annuelles, tiennent compte:

1°) de l'augmentation du coût de la vie,

2°) de l'augmentation de l'expansion nationale pour que nos honoraires payés à l'acte gardent le même niveau dans la hiérarchie des services,

3°) de l'augmentation du coût technique de la médecine, le progrès scientifique provoquant une augmentation de ce coût à un rythme plus rapide que l'augmentation du coût de la vie.

Le rapport préparé par cette Commission est soumis au Gouvernement qui, évidemment,—bien que ses représentants aient participé aux travaux de cette institution—garde l'autorité de dernier ressort. Néanmoins, une nouvelle négociation s'instaure directement entre la Confédération des Syndicats Médicaux et le Gouvernement au niveau du Ministre des Affaires Sociales, du Ministre des Finances, avec la plupart du temps l'arbitrage du Premier Ministre lui-même.

Compte tenu de l'expérience que nous avons depuis plusieurs années, nous pouvons dire que, dans l'ensemble, les négociations avec les Pouvoirs publics ont permis un maintien de la valeur de l'acte médical à un chiffre correct.

Derogations

Cette Commission Nationale Tripartite a aussi, dans le premier temps de ses travaux, défini ce que nous appelons des "dérogations", c'est-à-dire des droits à dépassement. Ces droits à dépassement d'honoraires sont liés soit à la situation de fortune du malade—c'est un droit à dépassement qui est peu utilisé la plupart du temps—soit à des exigences particulières du malade: appel à des heures un peu extraordinaires sans qu'il y ait une raison médicale, consultations sur rendez-vous à des heures non prévues dans le planning du médecin, et enfin des droits à dépassement permanent qui sont liés à la personnalité du médecin: sa notabilité, sa promotion professionnelle, constatée par des commissions paritaires après étude des conditions de perfectionnement post-universitaire du praticien intéressé.

Garanties sociales et fiscales

Mais un des principes fondamentaux du contrat social de la médecine était d'obtenir les compensations à cet effort de la profession médicale. En effet, le libéralisme concret consistait à défendre les libertés fondamentales auxquelles nous sommes si justement attachés, mais à renoncer à quelques libertés économiques individuelles. En échange de ce sacrifice, la profession médicale a demandé à l'Etat des garanties collectives concernant à la fois son statut social et, dans une certaine mesure, son statut fiscal. Le médecin acceptant—c'est le cas

de 86% des praticiens français—de “couler” leurs intérêts individuels dans le creuset d’un intérêt collectif, la Nation devait en contrepartie leur accorder des garanties sociales identiques à celles qui sont reconnues à l’ensemble des travailleurs; ces Assurances Sociales, dont bénéficie maintenant le médecin conventionné, donnent droit à des prestations pour le médecin et toute sa famille ainsi que pour le médecin retraité.

Enfin, la Confédération a obtenu des modalités d’application du Code Général des Impôts qui reconnaissent aux médecins conventionnés une situation particulière qui correspond en fait à un dégrèvement fiscal.

Dans l’ensemble, le régime conventionnel français est satisfaisant. Certes il a limité les honoraires, mais malgré cela le niveau de vie du médecin français reste à des chiffres valables, et surtout il permet—ce qui est un véritable pari—une tarification ouvrant à des droits à remboursement pour tous les malades, tout en respectant le paiement direct à l’acte et toutes les libertés fondamentales de la médecine. Ceci ne peut se faire que grâce à des efforts du syndicalisme médical qui doit de plus en plus être présent dans toutes les grandes Commissions où nous avons sans cesse accès, ce qui nous a obligés à étendre considérablement nos services techniques, ce qui nécessite aussi une vigilance syndicale soutenue.

Il reste un point irritant: c’est la possibilité d’appel aux adhésions individuelles en cas de refus de conventions collectives. Nous estimons que ce moyen de pression dénature en partie la qualité de la négociation et nous demandons, pour permettre l’extension des conventions collectives, à tous les départements, y compris les départements comme celui de Paris où les situations professionnelles sont très différentes suivant les conditions d’exercice, la possibilité de droit à dégageant: c’est-à-dire tous les médecins resteraient liés par la convention collective, y compris les dérogataires, sauf quelques médecins qui auraient la possibilité de se dégager mais peut-être avec un statut totalement différent.

L’ASSURANCE-MALADIE ET LE COÛT DE LA SANTÉ

Les problèmes posés actuellement en France se retrouvent au niveau des différents pays en expansion économique. Le progrès scientifique a permis de mettre à la disposition des hommes des moyens pour se soigner et vivre mieux. L’augmentation considérable du prix de revient de la santé a une influence directe sur l’économie de la Nation, notamment dans des Etats

comme ceux de l’Europe occidentale où une partie des revenus des ménages sont socialisés et répartis sous forme de prestations dans le cadre des institutions sociales. Nos gouvernants parlent régulièrement de dépenses “apocalyptiques” de la Sécurité Sociale. La Profession médicale doit analyser elle-même l’évolution de cette consommation et en informer l’opinion publique.

Le déficit de la Sécurité Sociale est structurel: son financement est assuré par les cotisations patronales et salariales qui évoluent en fonction des salaires. Les salaires suivent le rythme du revenu national alors que les dépenses de l’assurance-maladie croissent, comme d’autres services tertiaires, à une vitesse accélérée à l’intérieur d’un revenu national évoluant régulièrement.

Quelques constatations

Nous appellerons “consommation médicale” les frais médicaux et dentaires, les frais d’hospitalisation, les frais pharmaceutiques, les indemnités journalières qui, en France, représentent environ 20% des dépenses d’assurance-maladie.

En 1950, dans un pays comme la France, l’alimentation représentait environ la moitié du budget des ménages; en 1961, 40%; en 1965, moins de 37%, et vraisemblablement un tiers en 1970.

Par contre, les frais d’hygiène et de soins représentaient en 1950, 5% du budget des ménages; en 1961, 9,2% et 11% en 1965 et très certainement plus de 12% en 1970.

Pendant la même période, on a vu croître la part réservée aux logements et aux loisirs. Il s’agit d’un phénomène normal dans des revenus en expansion. La part relative au budget réservé aux besoins prioritaires tels que l’alimentation, l’habillement, le chauffage, diminue. De ce fait, se trouvent disponibles des ressources nécessaires à satisfaire des besoins de santé, de culture, et de loisirs qui sont de mieux en mieux ressentis par la population.

FACTEURS D’ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION MÉDICALE

L’augmentation du prix de revient de l’assurance-maladie est-elle un phénomène anormal? L’analyse des facteurs d’évolution de la consommation médicale permet de donner la réponse.

A. Progrès technique

1°) Le progrès technique est la cause majeure de l’augmentation de la consommation médicale. Il est faux de dire que le médecin est le grand

ordonnateur des dépenses de l'assurance-maladie, car ce n'est pas le médecin qui ordonne, c'est la science médicale et les pouvoirs nouveaux qu'elle donne au médecin.

2°) En médecine, le progrès technique n'augmente pas la productivité, au sens donné à terme dans l'industrie par exemple. Il ne permet pas d'améliorer le nombre des actes, il permet d'améliorer leur valeur: il augmente la productivité santé.

Bien au contraire, le progrès technique ralentit le travail des médecins, oblige à des actes médicaux nouveaux, provoque même des spécialisations nouvelles.

3°) Le progrès scientifique augmente la confiance des malades en leur médecin. Il rend curables des maladies qui ne l'étaient point. Il permet de prolonger la vie des malades encore incurables. Il améliore le sort des malades chroniques qui auront besoin de la médecine leur vie durant et fait reculer les vieilles fatalités de la maladie et de la mort.

4°) Le progrès technique permet une meilleure diffusion du progrès scientifique (moyens audiovisuels, etc. . .) et une meilleure implantation des techniques. A notre époque, où, grâce au progrès technique, l'homme réussit à dominer la nature, il veut également influencer sur son destin (maladie, mort) et, de ce fait, cherche à satisfaire les besoins médicaux qu'il ressent en recourant aux possibilités actuelles de la science et des techniques dont l'existence lui a été révélée. Il permet également une meilleure information des médecins sur les techniques nouvelles. Aucun médecin ne peut refuser à son malade les moyens techniques nécessaires à sa guérison et à sa survie et le progrès médical doit se diffuser dans toutes les catégories sociales et dans toutes les régions.

B. *Accroissement de la démographie*

1°) L'augmentation du nombre des habitants augmente celui des malades. Comme le nombre des bénéficiaires de l'assurance-maladie s'accroît et englobe aujourd'hui la quasi totalité de la population, ceux-ci accentuent encore les répercussions de l'évolution de la démographie.

2°) L'accroissement de la démographie traduit une augmentation du nombre des naissances et surtout une plus grande espérance de vie. Or, les enfants et les vieillards sont les plus gros consommateurs de soins.

C. *Evolution de la civilisation*

1°) La structure géographique de la population de notre pays se modifie par suite d'une urbanisation très poussée: or, c'est dans les

villes que le progrès technique se diffuse le plus vite parce que les habitants peuvent trouver sur place l'équipement et le personnel médical appropriés.

La société industrielle dans laquelle nous vivons est un milieu artificiel, créé par l'homme pour les besoins de la production industrielle de masse. Ce milieu est malsain (pollution de l'air, de l'eau, etc. . .), nouveaux milieux agricoles par l'extension de l'emploi des produits chimiques), il est instable car il évolue très rapidement et, de ce fait, crée des inadaptations et des névroses faisant apparaître des maladies de civilisation liées essentiellement à une usure précoce.

2°) Le désir de bien-être de nos concitoyens est, lui aussi, un phénomène de civilisation. L'homme a actuellement à sa disposition un grand nombre d'appareils qui améliorent son genre de vie. Il ne peut plus concevoir que son propre "moteur humain" ne fonctionne pas parfaitement; si bien que l'on observe une baisse du seuil de tolérance à la maladie.

La médecine moderne a vaincu pratiquement les maladies contagieuses par la vaccination et les antibiotiques. Les affections qui forment à présent le gros des maladies traitées par les corps médicaux occidentaux: cancer, artériosclérose, sont évidemment plus coûteuses à soigner en ce sens que la thérapeutique s'y attaque à des formes naturelles de vieillissement. Les normes de productivité moderne exigent de plus une adaptation psychique parfaite de l'homme à son travail et créent constamment des problèmes psychiatriques nouveaux. Productivité est ainsi synonyme de bonne santé.

3°) Ce désir de bien-être, critiqué par certains économistes, considéré même comme un gaspillage de santé, ne représente qu'une partie très restreinte de la consommation médicale et une toute petite partie de ce que l'on appelle "le petit risque". Là encore les chiffres doivent être analysés. Citons ceux de l'expérience française: en 1961, 50% des assurés sociaux consommaient 9.5 % du budget de l'assurance-maladie, 50% en consommaient 90.5% et 10%, 50%.

L'augmentation du prix de la santé est essentiellement liée au prix de revient des maladies graves, des maladies de longue durée devenues curables, et aux survies prolongées que la science médicale permet dans des maladies restant incurables.

D. *Promotion sociale*

1°) La promotion sociale rend solvables des besoins qui sont apparus avec l'évolution de la

civilisation et de la culture, elle ne les crée point. Ces besoins sont rendus solvables soit par l'augmentation du salaire direct, soit par l'augmentation du salaire indirect que représente la protection sociale.

2°) La promotion sociale ouvre la voie à la promotion culturelle. Les classes les plus aisées ont toujours été celles qui ressentent le mieux leurs besoins de santé. Ce phénomène ne fera que s'amplifier et, de plus en plus, la population réclamera des soins médicaux de qualité.

Face à cette croissance rapide des dépenses de santé, le dilemme de la profession médicale est le suivant: doit-elle mettre à la disposition des malades les techniques et les garanties que la science permet? Qui doit vivre, qui doit mourir? C'est le choix que nous refusons, en tant que médecin, car c'est au niveau des sociétés organisées et de l'Etat que les choix doivent se définir . . . s'ils sont inéluctables.

LES OPTIONS POUR L'AVENIR

L'augmentation du prix de revient de la santé n'est pas incompatible avec les grands équilibres économiques nationaux. Tout dépend de la part du revenu national réservée à la santé. Il s'agit d'un phénomène normal et d'une réalisation accessible dans un pays en expansion économique.

A. *Nouveau rôle du médecin dans une société moderne*

Non seulement la consommation médicale augmentera dans notre Europe occidentale au rythme où elle augmente depuis 20 ans dans les Etats-Unis d'Amérique, mais encore le rôle du médecin s'étendra au delà des limites qu'il atteignait jusqu'ici.

1°) Le colloque singulier, qui protège la rencontre médecin-malade, doit être maintenu. Le progrès technique améliore les méthodes d'investigation, il ne remplace pas le médecin: la machine à calculer ne remplace pas le mathématicien. Ce colloque sera mieux "habité". Il est l'application à chaque individu de l'évolution des sciences humaines, évolution qui est, elle aussi, une conséquence du progrès technique.

2°) Le médecin, et tout particulièrement le médecin de famille, devient de plus en plus un véritable conseiller de vie, chargé de traiter les troubles d'adaptation à la vie moderne et d'aider à l'épanouissement de chaque individu dans son milieu familial, scolaire, social, etc. . . .

3°) Il est indispensable de rétablir, au niveau collectif, l'unicité de la médecine pour que le

médecin de l'homme social (médecine de prévention, médecine du travail) n'ignore pas le médecin de l'homme familial (médecin de famille, omnipraticien ou spécialiste).

De cette coordination dépendent notamment les solutions à trouver à cette véritable maladie sociale que constituent les inadaptations des travailleurs à leur emploi qui se manifestent par certaines formes d'arrêts de travail et par l'augmentation des malades fonctionnels faisant un appel de plus en plus fréquent à la médecine psycho-somatique ou psychiatrique à côté des arrêts de travail justifiés par les maladies organiques classiques.

B. *Responsabilités de l'Etat*

Les Etats doivent prévoir les moyens nécessaires, en hommes et en équipements, pour soigner une population dont, par ailleurs, ils encouragent la natalité. Les grands hôpitaux deviendront de plus en plus le pivot de la médecine moderne, mais ils doivent aider et non pas remplacer les médecins de famille qui doivent être formés en nombre suffisant pour pouvoir assurer une médecine lente, sélective et de qualité.

C. *Responsabilités communes*

Notre attitude n'est pas démagogique. Certes, rien n'est trop beau pour la santé, mais tout n'est pas possible.

1°) Nous ne désirons pas faire vivre nos concitoyens dans un état de parfaite béatitude à l'intérieur d'un univers aseptisé. Pour nous, le malade guéri est celui qui est réinséré dans son travail, rendu à sa vie personnelle, maintenu dans son enracinement social. C'est d'ailleurs un aspect positif de notre activité qui ne figure pas au compte crédit lorsque certains tentent de dresser un bilan économique de la santé.

2°) Les médecins et les équipements sont en France encore insuffisants. Il faut organiser, dans la mesure du possible, leur meilleure utilisation en évitant tout recours anarchique aux services de la médecine ou tout double emploi. Puisque, dans les faits, l'assurance-maladie couvre de plus en plus les frais d'une médecine préventive individualisée, ce sont alors les structures de la prévention qui sont à revoir dans leur application et leur finalité.

3°) Le progrès social n'est pas lié inéluctablement au progrès économique. A la limite, le progrès social peut stopper le progrès économique s'il porte atteinte aux activités productives de la Nation. Mais, en matière de santé, les choix ne doivent pas être faits au niveau individuel de chaque médecin; ils doivent ré-

sulter des décisions du Gouvernement, après étude concertée avec la Profession médicale organisée.

4°) L'augmentation du budget de l'assurance-maladie oblige à des moyens nouveaux de financement: soit en élevant le niveau des cotisations, leur plafond de calcul ou la participation des finances publiques, soit en instituant ou en augmentant la participation du malade aux frais. L'augmentation de la participation du malade créerait, à nouveau, une différence entre la médecine de riches et la médecine de pauvres et rationnerait la médecine suivant le niveau de fortune, créant ainsi une régression sociale de l'assurance-maladie. La participation du malade doit, dans tous les cas, rester compatible avec son niveau social.

L'expansion économique ne peut être maintenue que grâce aux investissements qui ne sont plus le fait d'un nombre restreint de familles aisées. L'investissement commence là où s'arrête l'inquiétude du lendemain; la peur du sinistre maladie ou du sinistre vieillesse laissé à la

charge des individus, rendrait improductive une part importante de l'épargne.

Par contre, le progrès scientifique a augmenté de façon considérable les garanties assurées par la science médicale. Il est logique, dans notre pays en voie d'enrichissement, d'envisager une augmentation des cotisations ouvrant droit à des protections plus étendues, contrepartie naturelle de l'augmentation de la consommation médicale.

Même en France, pays en expansion économique, le droit à la santé ne permet pas le gaspillage. La médecine est une denrée précieuse qui doit être utilisée à bon escient. Il revient au Gouvernement et à la Profession médicale organisée d'informer l'opinion et les professionnels pour en augmenter, à coût égal, la rentabilité humaine et sociale.

Mais, en tout état de cause, nous ne pourrions concevoir que dans une communauté en expansion on se réjouisse de l'augmentation de toutes les consommations et qu'une seule reste *a priori* suspecte aux gouvernants et aux citoyens apparemment valides: la Santé.
